

# 在宅人工呼吸器使用者のための 災害時個別支援計画

氏名 〇〇 〇〇 様

住所 〇〇町〇〇〇〇〇〇

普段療養している部屋の位置 1階玄関脇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇 -〇〇〇  
〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母)

あなたの自宅付近のハザードマップ | 洪水 土砂災害

地震に関する地域危険度 | 建物倒壊 火災

避難行動要支援者登録 | 済 未 ➡ ① 登録予定     年     月     日  
② 登録しない

作成日 | 令和3年 12月 15日

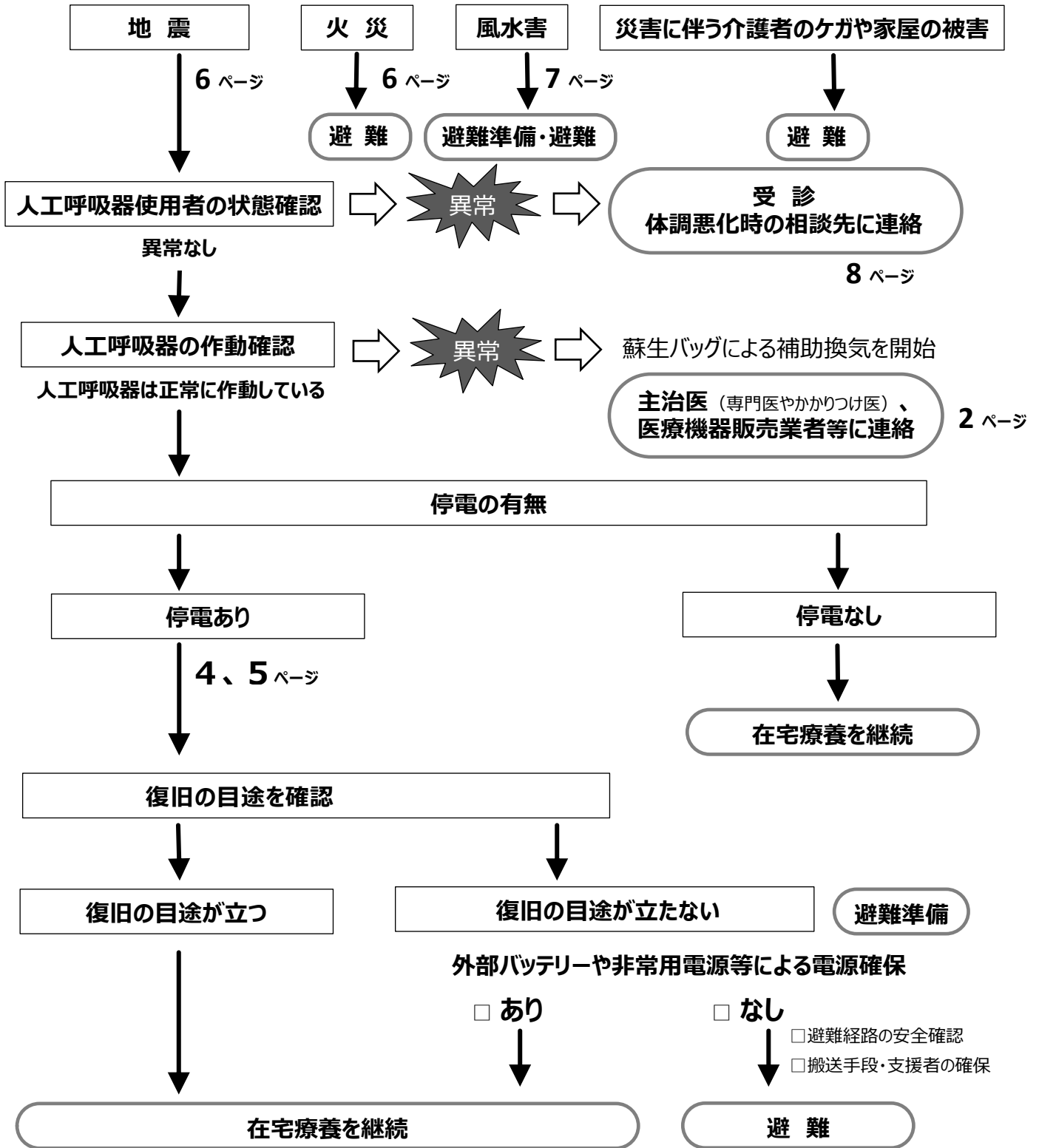
更新日 |     年     月     日

    年     月     日

年1回は見直しましょう

# フロー

## 災害時における人工呼吸器の作動確認と対応の流れ



### 〔避難先等〕

公共施設等 〇〇公民館

非常用電源設備のある施設 〇〇公民館

その他（親戚・知人宅等） \_\_\_\_\_

# 様式 1 連絡リスト

- ① 安否確認する機関・担当者  
 ・〇〇保健所（〇〇〇〇課）  
 ・〇〇〇〇訪問看護事業所（〇〇看護師）
- ② 人工呼吸器使用者・家族との安否の確認方法  
 母携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇



- ③ 区市町村担当部署（人工呼吸器使用者災害時支援窓口等）  
 〇〇町〇〇課〇〇係
- ④ 安否確認機関と区市町村担当部署との連絡方法  
 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（直通）
- 防災担当部署（ 〇〇〇〇課 ）との情報共有

安否確認する機関・担当者も被災している場合があります。  
 関係機関で対応を相談しましょう。

## ■ 関係者・機関

災害用伝言板 などの登録	続柄・区分など	氏 名	所属・勤務先など	電話番号・メールなど
自 助 ・ 共 助	家族	〇〇〇〇（父）		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		〇〇〇〇（母）		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	避難先（指定避難所）	〇〇公民館		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	避難先（指定避難所）	〇〇公民館		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	◎ 民生委員	〇〇〇〇		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	搬送支援者	〇〇観光タクシー		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
共 助 ・ 公 助	かかりつけ医・専門医	〇〇〇〇医師	〇〇〇〇病院	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	訪問診療医	〇〇〇〇医師	〇〇〇〇病院	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	災害時受入れ病院	〇〇〇〇医師	〇〇〇〇病院	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	かかりつけ薬局・薬剤師		〇〇薬局	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	◎ 訪問看護師等	〇〇〇〇看護師	〇〇〇〇訪問看護事業所	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	相談支援専門員	〇〇〇〇	〇〇〇〇事業所	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	ホームヘルパー等	〇〇〇〇	〇〇〇〇事業所	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	通所施設（月火木金）	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	通所施設（水）	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇町役場			〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇町 （災害時支援窓口）	〇〇町〇〇課 * 避難所担当	〇〇町役場	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇町（保健師）	〇〇〇〇	〇〇町保健センター	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
◎ 〇〇保健所	〇〇〇〇	〇〇保健所〇〇課	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

## ■ 医療機器販売業者 機器に異常がある時など連絡

区 分	担 当 者	所 属	電 話 番 号
人工呼吸器（機種：〇〇〇〇） SpO2 モニター 酸素濃縮装置（機種：〇〇〇〇）	〇〇〇〇	〇〇〇〇山形支店	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
吸引器（機種：〇〇〇〇）	〇〇〇〇	〇〇〇〇山形支店	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
ポータブル SpO2 モニター	〇〇〇〇	〇〇〇〇（株）	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

様式 2

# 災害用備蓄リスト－ 7日を目安に－

品 目		備 蓄 数	避難時の持出数	置き場所など
呼 吸 関 連	人工呼吸器		<input type="checkbox"/>	
	蘇生バッグ		<input type="checkbox"/>	
	外部バッテリー		<input type="checkbox"/>	
	予備呼吸器回路		<input type="checkbox"/>	
	予備気管カニューレ		<input type="checkbox"/>	
	加温加湿器		<input type="checkbox"/>	
	パルスオキシメーター		<input type="checkbox"/>	
	酸素ポンプ		<input type="checkbox"/>	
吸 引 関 連	吸引器	バッテリーなし	<input type="checkbox"/>	
		バッテリーあり	<input type="checkbox"/>	
		非電源式	<input type="checkbox"/>	
	吸引チューブ		<input type="checkbox"/>	
	低圧持続吸引ポンプ（唾液を吸引する機器）		<input type="checkbox"/>	
衛 生 材 料	グローブ		<input type="checkbox"/>	
	アルコール綿		<input type="checkbox"/>	
	蒸留水／精製水		<input type="checkbox"/>	
	注射器		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
栄 養	経管栄養剤（ ）		<input type="checkbox"/>	
	イルリガートル		<input type="checkbox"/>	
	接続チューブ、注射器		<input type="checkbox"/>	
	経鼻経管栄養チューブ等		<input type="checkbox"/>	
薬	常備薬		<input type="checkbox"/>	
	頓服（ ）		<input type="checkbox"/>	
排 泄	オムツ		<input type="checkbox"/>	
	膀胱留置カテーテル等		<input type="checkbox"/>	
伝 意 達 思	文字盤など		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
非 常 用 電 源 等	発電機 使用燃料（ ）		<input type="checkbox"/>	
	蓄電池		<input type="checkbox"/>	
	乾電池		<input type="checkbox"/>	
	延長コード（三又プラグ）		<input type="checkbox"/>	
	シガーソケット・ケーブル		<input type="checkbox"/>	
そ の 他	懐中電灯		<input type="checkbox"/>	
	情報機器（ラジオやスマートフォンなど）		<input type="checkbox"/>	
	ビニール袋、ティッシュペーパー		<input type="checkbox"/>	
	水		<input type="checkbox"/>	

適宜、必要に応じて品目を追加・削除しましょう。避難の際は、この災害時個別支援計画を持参しましょう。

## 1. 呼吸器の電源

※外部バッテリーによる作動確認

外部バッテリー作動時間		内部バッテリー作動時間		合計
6時間 (3時間×2台)	+	3時間	=	9時間

## 2. 酸素濃縮器 : 酸素ボンベへの切り替え

酸素ボンベ 1 本消費時間 時間×1本

## 3. 充電式吸引器 : 充電式吸引器の連続使用時間

30分

## 4. 足踏み式吸引器の準備

確認すること

1. ブレーカーの確認 : ブレーカーが落ちていたら、ブレーカーを上げましょう。

ブレーカーが落ちていない場合、下記へ連絡して停電の確認をしましょう。

東北電力ネットワークセンター TEL 0120-175-366

\*大規模停電時にはつながりにくくなります。その場合は下記で確認します。

2. 停電情報の確認 (東北電力 停電情報)

パソコン <https://nw.tohoku-epco.co.jp/teideninfo/>

## 1. 電源の確保

(必要な項目 □→■、接続する機器を○で囲む：事前に A (アンペア) 数を確認する)

## ■車のシガーライターケーブル ( 1.2 A)

- ・人工呼吸器 ( 最大 2.1A )

\* 立ち上げ時は最大となる。通常使用時の消費電力は、もっと少ない。

## ■発電機 ( 10 A) ←○○公民館に持ち込まれる

## \*必ず、延長コードを介して接続すること

- ・人工呼吸器 ( 最大 2.1A )

\* 立ち上げ時に最大となる。通常使用時の消費電力は、もっと少ない。

- ・吸引器 ( 1.3 A)

## ■自家発電設備のあるところ：バッテリー充電

施設名 ○○公民館

住 所 ○○町○○○○ TEL ○○○-○○○-○○○○

## 2. その他の対処 (必要な項目 □→■、対処機器等を○で囲む)

## ■電池利用機器への切り替え：

- ・低圧持続吸引器
- ・パルスオキシメーター
- ・その他 ( )

## ■人工呼吸器の加温加湿器：

- ・人工鼻の使用
- ・加温加湿器へお湯の追加

## 3. 避難

① 指定避難所に避難する → 7ページを確認！

② 医療機関に避難する (停電のみ発生の場合、避難所未開設時など)

医療機関への連絡担当：○○○○訪問看護事業所

○○○○病院 ○○外来 電話○○○-○○○-○○○○ (代表)

※○○病院では受け入れができない、道路状況等により○○病院に行くことができない場合の受け入れ先

○○○○病院 電話 ○○○-○○○-○○○○ (代表)

窓口 平日日中 (8:30~17:15) → ○○○○室へ  
夜間 (17:15~翌 8:30) 及び休日 → ○○師長へ

# 地震

転倒、落下物に注意  
ギャジベッドを下げる  
(停電すると動かなくなるため)

患者さんは大丈夫ですか？ (確認したら□にしてチェック)

人工呼吸器は正常に作動していますか？

- 人工呼吸器に破損なく、作動しているか
  - 異常な音、臭いは出ていないか
  - 呼吸回路の各接続部にゆるみはないか
  - 回路は破損していないか
  - 設定値が変わっていないか
- ※アラームが鳴ってなくても必ず確認しましょう

Yes

No

※人工呼吸器が正常に作動していない場合

1. 蘇生バッグによる呼吸を開始

パルスオキシメーターで確認 通常の SpO<sub>2</sub>

98 %

2. 連絡する

• ○○○○・○○○○ ○○営業所(○○氏)

TEL ○○○-○○○-○○○○ / ○○○-○○○-○○○○

○○○-○○○-○○○○ (夜間・休日 17:30~翌 9:00)

• ○○病院 ○○外来 TEL ○○○-○○○-○○○○

• 救急車の要請 TEL 119

電気・水道の確認

人工呼吸器が正常作動している場合

停電あり

停電へ「確認」 4.5 ページ

近隣で

**火災**

近隣に支援者を求める

安全な場所へ避難

可能であれば…「避難時の持ち出しセット」持参

安否の連絡を入れる

■ 171 伝言ダイヤルへ録音 ( ○○○-○○○-○○○○ (母携帯) )

■ 電話連絡 ○○○-○○○-○○○○ (母携帯)

■ メール △△△△△△@△△△△.ne.jp (母)

■ バイタルリンク ○○病院○○先生あて

安否確認者 関係者リストの◎印の人が安否確認の連絡をします。

## 風水害（洪水、土砂災害等）

### ■台風、大雨などで風水害が予想される場合

〇〇町エリアメール、ホームページ、ツイッター等

からの情報に注意して、

**警戒レベル3（高齢者等避難）** が発令されたら、



**避難する！**

〇〇町〇〇係（〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（直通）） に連絡して、  
自家用車 で 〇〇公民館（〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇） に  
 避難する。

〇〇公民館が未開設の場合は、

〇〇公民館（〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇） に避難。

※エリアメールの「避難所開設情報」をチェック

### ■避難時の持ち出しセット（事前に外出用リストを作成しておきましょう）

準備した項目の□にしてチェック

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 呼吸器回路
<input type="checkbox"/> 人工鼻（加温・加湿器）	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ	<input type="checkbox"/> 吸引器
<input type="checkbox"/> 吸引チューブ	<input type="checkbox"/> アルコール綿	<input type="checkbox"/> 蒸留水
<input type="checkbox"/> 経管栄養セット	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤	<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 延長コード	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 様式 7

# 緊急時の医療情報連絡票

人工呼吸器の設定に関する医師の指示書などの最新情報を一緒に保管しましょう。この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。人工呼吸器の設定内容等が変更した場合は、かかりつけ医や訪問看護ステーション等に声をかけて、作成・更新してもらいましょう。**緊急的な受診の際にはこの様式を見せましょう。**

### 体調悪化時の相談先・受診の目安となる状態

- 相談先 〇〇病院 〇〇外来 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (代表)
- 相談先 〇〇〇〇訪問看護事業所 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

#### 【受診の目安となる状態】

- ・発熱した
- ・SpO2 が低下している
- ・呼吸状態が悪化している
- ・機械トラブルが発生した

### 【基本情報】

記入日 年 月 日

氏名 (フリガナ)	〇〇 〇〇 ( 〇〇 〇〇〇〇 )				
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	19歳	性別	男性
住所 ・ 電話	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇〇〇〇〇〇〇 TEL 自宅:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 / 母携帯:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
診断名	〇〇〇〇〇〇				
既往や 合併症					
今までの経過	発症   〇〇〇〇 (H〇〇) 年 〇〇月 人工呼吸器装着   2018 (H30) 年 4月				
服用中の薬	11 ページに処方箋やお薬手帳のコピーなどを貼っておきましょう				
基礎情報	身長	〇〇〇	cm	体重	〇〇 kg
	体温	〇〇.〇	℃	脈拍	〇〇〇 回 / 分
基礎情報	血压	〇〇〇/〇〇		mm hg	
	SpO2	〇〇~〇〇		%	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 口文字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 (   ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( まばたき、表情、手足の動き )   具体的に記載 (Yes / No のサイン等)				

**【 医療情報 】**

記入日 年 月 日

人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸 (NPPV) <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開下陽圧人工呼吸 (TPPV) 機種名 ( OOOO )    会社名 ( OOOO ) 換気様式   <input type="checkbox"/> 量規定 (VCV) <input type="checkbox"/> 圧規定 (PCV)    換気モード   ( PC-SIMV ) <input type="checkbox"/> 1回換気量 (     ) ml / 回    呼吸回数 ( 16 ) 回 / 分 <input type="checkbox"/> IPAP (     )    EPAP (     )    吸気時間 (     ) 秒 装着時間   <input checked="" type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 (     )	
酸素	<input type="checkbox"/> あり (     ) L / 分 <input checked="" type="checkbox"/> なし 使用時間   <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 体調不良時、状況を見て使用 )	
気管切開	カニューレ製品名 ( OOOOチューブ カフ付 ) サイズ ( ID / OD    7.0mm ) カフ   <input checked="" type="checkbox"/> 付き <input type="checkbox"/> なし    カフ圧 / エア量 ( 3.6 ) ml	
吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 気管内 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内	
栄養・水分	摂取方法   <input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他 (     ) チューブの種類とサイズ   種類 ( OOOOチューブ )    サイズ ( 2cm    14 Fr) 経腸栄養剤などの製品名 : ( OOOO △△ml×3回) 1日の総カロリー (     ) kcal    1日の水分量 (     ) ml	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱・腎留置カテーテル (     Fr ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 導尿 〇回/日 )	
その他の特記事項	浣腸：〇日程度排便がないときに実施	
主治医	専門医 ・ かかりつけ医	医療機関名 ( OOOO病院 )    医師名 ( OOOO医師 ) 住 所 ( OOOOOOOO ) 電 話 ( OOO-OOO-OOOO )
	訪問診療医	医療機関名 ( OOOO病院 )    医師名 ( OOOO医師 ) 住 所 ( OOOOOOOO ) 電 話 ( OOO-OOO-OOOO )

## ■ 人工呼吸器に関する情報の貼付欄

【例】 人工呼吸器の設定の指示書のコピー・人工呼吸器と外部バッテリーとの接続写真など

(人工呼吸器全体の写真)

(設定表示の写真)

(加湿器の写真)

【例】 保険証・薬の処方箋やお薬手帳のコピー・安楽な体位等の注意事項など